45e ANNEE. — N° 27. Vendredi 8 Juillet 1898.

LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Quelques observations sur la fièvre herpétique, par le Dr Hugues (de Saïda), 419. — **Bibliographie** : Formulaire d'hygiène infantile individuelle, par le Dr H. Gillet, 420. — Le diabète sucré et son traitement hydrologique, par le Dr Duhourcau, 421. — Physiologie, physique biologique, chimie biologique, par le Dr G. Petit, 421. — **Académie des sciences** : *Séance du* 27 *juin* 1898. Présidence de M. Wolf. — Une méthode de mensuration de l'aire du cœur par la radiographie, 421. — **Académie de médecine** : *Séance du* 5 *juillet* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — Traitement des tumeurs érectiles par les injections coagulantes, 422. — Traitement de la tuberculose pulmonaire par la créosote, 422. — Traitement du strabisme, 423. — Elections, 424. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du* 1er *juillet* 1898. Présidence de M. Sevestre. — Ulcérations gastro-intestinales au cours d'une maladie infectieuse, 424. — Onycomycose consécutive à des troubles trophiques des ongles, 424.— **Société de chirurgie** : *Séance du* 29 *juin* 1898. Présidence de M. P. Berger. — De l'extirpation du rectum par la voie abdomino-périnéale, 424. — Traitement des suppurations pelviennes par la colpotomie, 425. — Cancer inopérable du sein traité par le carbure de calcium, 425. — *Séance du* 6 *juillet* 1898. Présidence de M. P. Berger. — Traitement des suppurations pelviennes par l'incision du cul-de-sac vaginal, 425. — Tétanos traité sans succès par les injections de sérum antiseptique, 425. — Traitement des appendicites, 425. — Hernie crurale étranglée. Opération. Guérison, 425. — **Société médicale du Louvre** (Ier et IIe Arrondissements) : *Séance du* 17 *mai* 1898. Présidence de M. Moutier, 425. — **Memento pratique** : Hygiène de la bouche chez les enfants. Conseils pratiques, 426. — **Variétés** : Le service de la protection du premier âge dans le département de la Seine, en 1896, par le Dr Depasse, 428. — **Intérêts professionnels** : L'affaire Méloche, 430. — **Nouvelles**, 431. — **Bulletin bibliographique**, 432.

CLINIQUE MÉDICALE

Quelques observations sur la fièvre herpétique (1).

Par le Dr HUGUES (de Saïda).

Dans les traités de pathologie, « on comprend sous le nom d'herpès des lésions cutanées à évolution aiguë ayant pour caractère commun la présence de vésicules, disposées en groupes sur une base érythémateuse » (2).

La plupart des auteurs considèrent l'herpès comme une maladie de la peau pouvant s'accompagner de phénomènes généraux ; pour eux ces phénomènes sont inconstants et secondaires, la dermatose est tout : il y a une papule, une vésicule, une ulcération herpétiques ; la maladie herpétique, la fièvre herpétique n'existent point. D'autres, sous la dénomination d'herpès, rangent les accidents cutanés herpétiques survenant à la suite d'un état infectieux mal déterminé, caractérisé par de l'hyperthermie, de la courbature, de l'embarras gastrique et dont il serait, en quelque sorte, un ajout, un accident sans importance.

Ces interprétations sont-elles justifiées par la clinique ? N'est-il pas possible d'expliquer l'origine de ces divergences et de tracer une partie de l'histoire de cette affection, autant que l'expérience nous le permet aujourd'hui ?

Combien de fois le praticien a-t-il l'occasion d'observer des faits semblables à celui que nous citons !

Une personne, un enfant, c'est souvent un enfant qui est en cause, est pris subitement de malaises, de mal de tête. Il se plaint de courbature, de nausées et parfois il vomit ses aliments mêlés de bile. La température rectale s'élève jusqu'à 38°, 38°,5. Le lendemain, les mêmes symptômes persistent ; le thermomètre indique 39° ; le sommeil est de courte durée. Après un examen méticuleux, on ne décèle rien. Le 3e jour, le pouls est rapide à 120, 140, 160 ; le thermomètre atteint 40° ; l'agitation est très vive. Le soir même, ou 10 à 15 heures après, sur le visage, une plaque rouge de dimensions variables, s'effaçant sous la pression, apparaît, faisant bientôt place à de petits soulèvements épidermiques arrondis, vésiculaires : l'herpès est constitué. La fièvre dure encore 48 ou 56 heures. Une croutelle recouvre enfin les vésicules ou une exulcération se forme à leur place. La défervescence se produit et tout rentre dans l'ordre.

On relève donc l'existence de phénomènes généraux suivis d'une éruption spéciale. Est-il raisonnable de poser en pareille circonstance le diagnostic d'embarras gastrique fébrile, par exemple, compliqué d'herpès ? De ce que l'herpès succède à un état infectieux, peut-on inférer qu'il en est la conséquence ? *Post hoc, ergo propter hoc* ? Cette explication ne paraît pas plausible.

Nous ne devons pas oublier que certaines affections, qui sont bien caractérisées, qui sont une, ont des manifestations, parfois la principale, communes à d'autres maladies. Il existe des érythèmes morbilleux, scarlatiniformes ; la rougeole, la scarlatine n'en sont pas moins des entités morbides. Les éruptions zostériformes n'ont pas porté atteinte au zona. Le tout est d'établir les relations ou les différences qui lient ou séparent ces divers états. La clinique est toujours le premier guide.

(1) Communication à la Société de médecine de Paris.
(2) Thibierge. *Traité Charcot-Bouchard*, 2e vol.

En mai 1897, il nous a été donné d'étudier une épidémie qui prit naissance dans une école primaire et se propagea ensuite au dehors.

Chez 9 de nos malades, le début est semblable. Le 1er jour, céphalalgie, fébricule. Le 2e, fièvre, courbature, constipation. Le 3e jour les mêmes symptômes subsistent ; le thermomètre oscille entre 39 et 40°. Le 4e jour également ; mais, sur un point du corps, des papules se forment, entourées d'une auréole inflammatoire peu étendue et bientôt transformées en vésicules. Ordinairement, une polyurie relativement abondante se déclare : les urines, non albumineuses, renferment de l'urée, des urates et des produits intermédiaires d'oxydation. Le lendemain, la fièvre diminue ; 2 à 3 jours après, la guérison est effectuée. Pendant tout ce temps, l'examen des organes thoraciques et abdominaux est resté négatif. — Les vomissements furent inconstants : ils se présentèrent au commencement chez 3 de nos malades ; 2 autres eurent seulement des nausées.

Il est utile d'insister sur quelques particularités relatives à la localisation de l'herpès et à l'intensité des symptômes d'ordre général.

Le siège des vésicules fut : dans 5 cas, les lèvres ; dans 1 cas, les orifices du nez ; dans un cas, le gland et le prépuce et enfin dans un cas la joue gauche et la région mentonnière droite.

Dans toutes ces circonstances, l'herpès fit son apparition le 3e jour chez 6 enfants et le 4e chez les autres.

Deux fois l'évolution fut anormale, influencée par des complications nerveuses. François C..., âgé de 6 ans, est le fils d'un alcoolique avéré. Au 3e jour, sa température est à 40°,1 ; le pouls est rapide, à 149 ; à deux reprises, il est atteint de convulsions : les muscles du visage, des membres inférieurs et supérieurs entrent en contractions saccadées et spasmodiques. Un bain à 28° ramène le thermomètre à 38°,6. Le soir les vésicules se montrent. 56 heures après, la détente est définitive. — Un autre petit malade Jean F..., 7 ans, fut pris de délire dans les nuits des 2e et 3e jours. La température était à 40°.

Six de ces enfants faisaient partie d'une même classe ; les autres d'une classe différente. Deux étaient voisins de table.

Quatre contaminèrent leurs frères ou sœurs. Cette transmission parut s'effectuer vers le 6e ou le 7e jour : c'est le moment où la vésicule se dessèche ou se rompt, se recouvre d'une croutelle ou s'ulcère. Nous en relatons un exemple choisi entre tous.

Un des garçons précités, Auguste G..., 6 ans, a une sœur de 16 ans, Berthe G..., de constitution robuste et placée en condition chez Mme R. de S... ; elle couche chaque soir à la maison de ses parents dans la chambre de son frère. Celui-ci est arrivé au 7e jour de la maladie. La défervescence a lieu lorsque Berthe G... éprouve de la céphalalgie, une légère courbature. Le thermomètre est à 38° ; pas de vomissements. Le lendemain, le surlendemain le thermomètre va de 39° à 39°,6. Dans la matinée du 4e jour, l'éruption herpétique se montre sur l'épaule gauche et la commissure labiale du même côté. Les organes thoraciques et abdominaux sont indemnes. Le 6e jour, malgré nos conseils et bien que la température soit encore 37°,6, Berthe G... reprend son service interrompu.

Quatre jours après, la fille de Mme R. de S., Suzanne, âgée de 9 mois, contracte la fièvre. La température rectale est 38°,5, le 2e jour. Pas de vomissements. Les bronches, les poumons, la plèvre, le tube digestif sont intacts. Les urines ne contiennent pas d'albumine. Nous croyons avoir affaire à un accès de fièvre paludéenne. La quinine administrée en conséquence ne procure aucun résultat. Le 3e jour, mêmes remarques : un bain à 30° fait descendre le thermomètre de 39°,3 à 38°,4. Le 4e jour, à la visite du matin, nous apercevons l'éruption herpétique sur le front. Le 8e jour 36°,9.

Dans la maison de Mme R de S. habitent un garçon et une fille, Jules et Emilie D..., âgés respectivement de 4 ans et 18 mois. Ils furent pris en même temps des mêmes phénomènes.

L'infection propagée par tous ces enfants gagna quelques-uns de leurs parents. Mais sur les adultes l'évolution fut moins franche, la fièvre n'excéda pas 39°.

Furent encore atteints, dans les mêmes conditions et en dehors de l'école : 5 filles, 2 garçons, 2 hommes et 3 femmes.

Avant et après cette époque, nous avons bien souvent relevé de pareils faits, mais isolés et ne permettant pas d'incriminer la contagion directe. En 1896, alors que la fièvre typhoïde sévissait dans le pays, nous avons remarqué des cas absolument semblables. Les phénomènes du début, avant la manifestation locale, laissaient parfois notre diagnostic en suspens, en ce moment d'épidémie.

Ainsi l'herpès n'a été qu'un symptôme d'un processus infectieux qu'il a caractérisé, comme l'érythème morbilleux caractérise la rougeole. C'est là une fièvre, la fièvre herpétique.

La fièvre herpétique est une maladie banale. On la rencontre souvent dans la pratique privée, rarement dans les salles d'hôpitaux. Pourtant, le Dr Bard, professeur à la Faculté de Lyon, l'y a signalée maintes fois dans des communications orales, insistant sur sa physionomie et montrant comment il faut la concevoir. Elle est mal connue ou plutôt mal interprétée. Son étiologie, sa pathogénie, nous les ignorons ; la bactériologie seule pourra compléter son histoire et nous donner des preuves scientifiques de sa nature propre. Un fait digne d'intérêt doit trouver ici sa place.

Notre regretté ami, le Dr E., syphilitique et alcoolique, s'était inoculé par scarifications le liquide d'une vésicule herpétique pris sur une femme qui avait présenté les phénomènes que nous avons relatés précédemment. Il n'obtint aucun résultat. Il renouvela l'expérience deux mois après avec un bistouri dont la

pointe avait été en contact avec une vésicule d'herpès nouvellement formée. Le jour suivant, la température atteignait 38° 1 ; 48 heures après, 38° 7 : céphalalgie et courbature légères. Le 3e jour, dans la soirée apparaissaient deux plaques d'herpès sur les lèvres et la joue. La fièvre tombait le 6e jour. Au point d'inoculation, à l'aîne gauche, il ne se produisit rien.

Nous avons nous-même tenté une seule fois le même essai. Nous avons recueilli au bout d'une lancette le mélange composé du liquide vésiculaire et d'une parcelle de croutelle provenant d'Auguste G. Nous avons pratiqué l'inoculation par piqûres sur l'avant-bras d'un jeune homme de 19 ans. 27 heures après, la température est 37° 8 ; 48 heures après, 38° 6. Le 4e jour 38°6 ; le soir l'herpès se dessine sur la commissure labiale gauche. Le 3e jour le thermomètre marque 37°1. Au point d'inoculation, rien. Il est incontestable que toutes ces expériences ont peu de valeur actuellement.

Ne faudrait-il pas rapprocher ces faits de celui que relate M. Le Fur (*In Ann. gen. urin.* 1897 page 1105, et *Revue de thérapeutique* n° 23). « Un homme de 38 ans, arthritique et nerveux, après un coït de la veille avec une femme atteinte d'herpès menstruel, eut des douleurs dans la miction, des vésicules d'herpès dans la portion méatique de l'urèthre, un écoulement. Le 4e jour, apparition sur le fourreau de la verge de vésicules herpétiques en poussées subintrantes ; l'écoulement persiste avec douleur : adénite inguinale double, arthralgies dans les deux genoux, les coudes, les épaules ; fièvre herpétique, prostatique. L'examen bactériologique de l'écoulement est négatif ; la culture donne une colonie pure d'un gros microcoque. Un mois après, seconde poussée d'herpès génital sans urétrite, ni adénite, ni arthralgie. » — Ici encore contamination, phénomènes généraux, éruption consécutive.

Mais s'il est facile de comprendre comme entité morbide la maladie que nous venons d'exposer, est-il possible de lui rattacher certaines affections encore mal déterminées ?

Comme toute fièvre, la fièvre herpétique et irrégulière dans son état, elle présente des degrés suivant le milieu où elle se trouve.

Son intensité est différente chez l'enfant et chez l'adulte. Chez l'enfant, les symptômes dominants sont les symptômes généraux. La température va jusqu'à 39°5, 40°, déterminant parfois des complications nerveuses. Nous avons rapporté plus haut un exemple de convulsions. C'est là une règle commune de pathologie.

L'adulte, au contraire, réagit moins, est moins influencé. Sa température s'élève quelquefois à 38°, 38°5, assez rarement au-dessus. Le germe producteur se développe mal sur ce terrain et la maladie reste pour ainsi dire atténuée, comme le sont parfois la rougeole, la scarlatine, la varicelle, etc.

Une première atteinte ne donne pas l'immunité. L'herpès semble préférer au contraire les sujets qu'elle a déjà touchés ; mais dans ces cas son énergie diminue progressivement.

L'herpès menstruel prend place dans cette catégorie. Cet herpès à répétition est toujours fébrile. La fièvre le plus souvent n'est pas excessive, passe inaperçue ; mais elle n'en existe pas moins cependant. Chez une de nos malades, le thermomètre monte parfois à 39° et les vésicules offrent des localisations variables : lèvres, vulve, amygdales, narines.

L'angine dite herpétique rentre aussi dans le cadre que nous essayons de tracer. Lorsqu'on étudie méticuleusement la marche de la maladie, on est frappé de ce fait : « elle débute par un appareil fébrile considérable et tout à fait disproportionné avec la lésion à laquelle il doit aboutir. Le malade est saisi presque subitement d'un malaise énorme » (Lasègue) avec frisson initial, sensation de courbature extrême, céphalalgie, nausées, vomituritions et même vomissements. La fièvre est de 40°, 41°. Au début la gorge ne présente aucune modification spéciale ; le 2e jour, les amygdales, les piliers, ne sont que rouges. Le lendemain, on y aperçoit les vésicules. L'opinion émise par M. Dieulafoy, que toute angine herpétique est diphtérique, est certainement exagérée. Il y a une angine herpétique sur laquelle peut se greffer, se greffe volontiers la diphtérie ; l'angine herpétique est la première en date, mais la diphtérie occupe bientôt toute la scène. C'est là une infection surajoutée. Qui n'a observé des angines que l'examen clinique, bactériologique, microscopique a reconnu être herpétiques et rien qu'herpétiques ?

L'inspection de la gorge doit être précoce. Les visicules existent toujours ; mais elles sont éphémères. « La surface de la glande offre un aspect bosselé, irrégulièrement muriforme ; en regardant bien, un peu obliquement, on reconnaît qu'elle est le siège de petites élevures transparentes, parfois confluentes, parfois discrètes, lui donnant le même aspect que donnent à la peau les sudamina. Après avoir conservé pendant un à deux jours la même apparence limpide, elles se rompent presque simultanément et laissent à leur place des érosions peu distinctes. » (Ruault.) La fièvre se maintient encore élevée pendant 48, 56 heures et la défervescence se fait tout à coup. Ici une ulcération se forme ou se recouvre de fausses membranes, parce que la vésicule repose sur une muqueuse souillée de micro-organismes nombreux et variés. Parfois d'ailleurs, les vésicules ne se rencontrent pas uniquement sur les tonsilles : une poussée se fait en même temps sur les lèvres, autour des orifices du nez, sur le front ; c'est pour ainsi dire la signature de la maladie. Les vésicules extérieures, à l'abri d'une infection secondaire, auront une évolution plus rapide : elles ne suppureront pas, elles ne s'ulcèreront pas. — Dans certains cas encore, on en voit sur la face interne des joues.

Vers le 5e, 6e jour après une défervescence relative, la fièvre peut réapparaître, précédant une 2e éruption

gutturale ou labiale : cette fièvre est plus légère et l'éruption moins marquée.

M. Ruault a décrit une forme prolongée d'angine herpétique : « Quatre à cinq éruptions successives, de moins en moins abondantes, ordinairement discrètes et disséminées, se succèdent avec une réaction fébrile de plus en plus faible. »

L'herpès menstruel revêt aussi la forme gutturale : certaines femmes ont de légères poussées d'angine herpétique à chaque période cataméniale et le mouvement fébrile peut être nul, à peine marqué, de courte durée ou intense (Bertholle).

Dans toutes ces circonstances, l'intensité des phénomènes généraux s'est affaiblie, grâce à la récidive, à l'habitude.

L'herpès génital balano-préputial ou vulvaire est précédé des mêmes phénomènes. L'hyperthermie existe à des degrés divers ; elle est constante. Il suffit de la chercher.

Quant à l'herpès labial qui accompagne quelquefois la pneumonie, il est bien difficile de lui assigner ici un rang. Est-il une infection surajoutée ? Relève-t-il de la même cause que l'affection première ? La marche clinique ressemble beaucoup à celle de la pneumonie franche ; Ch. Fernet a appelé l'attention sur ce point et signalé « la fréquence égale de l'herpès labial dans la pneumonie et l'angine herpétique ». La fièvre herpétique serait-elle sous la dépendance du pneumocoque ? On sait qu'un même microbe peut provoquer des maladies différentes et des manifestations diverses suivant certaines conditions encore mal déterminées. La bactériologie nous renseignera peut-être.

Telle est la maladie ; telles sont ses formes. Le diagnostic sera le plus souvent aisé. Malgré tout, les prodromes, les phénomènes généraux, communs à d'autres affections, pourront nous laisser hésitants. Le doute sera bientôt levé par l'apparition de la vésicule. Nous l'avons confondue une fois avec l'infection puerpuérale chez une femme nouvellement accouchée, une autre fois avec un accès de paludisme, etc.

Certains troubles de nutrition ou troubles trophiques principalement cutanés sont susceptibles de produire des éruptions vésiculeuses pouvant simuler l'herpès. Le zona a des localisations bien spéciales sur le trajet des nerfs. Ordinairement unilatéral, sa durée est plus longue. Il provoque des cicatrices et récidive rarement. L'éruption vésiculeuse peut être d'origine infectieuse ; elle relève dans ce cas d'une névrite : la tuberculose, la rougeole, la syphilis (Jullien), la varicelle, la grippe, le diabète, la fièvre typhoïde en sont parfois la cause déterminante, comme les intoxications par l'oxyde de carbone, l'arsenic, les moules. Le siège de l'éruption, la maladie préexistante, sa marche sauront nous mettre sur la voie.

Disons enfin que la fièvre herpétique s'observe à partir de 3 à 4 ans jusqu'à l'âge mûr, rarement dans la vieillesse. Nous ne l'avons jamais rencontrée au dessous de 25 mois.

Elle se développe le plus souvent sur des individus faibles, sur des personnes surmenées, dont l'organisme réagit peu ou mal, est en état de réceptivité. Nous l'avons remarquée sur des traumatisés, sur un garçon en convalescence d'érythème noueux. Les enfants et les femmes lui payent le tribut le plus fort. L'état d'infériorité de la femme qui a ses menstrues est probablement la cause occasionnelle de l'herpès récidivant : celui-ci cesse à la ménopause ou sous l'influence d'une grossesse.

La fièvre herpétique aime en quelque sorte les muqueuses et les revêtements cutanéo-muqueux : les lèvres, les amygdales, le prépuce, la face, les régions qui sont le réceptable de nombreux germes. Elle trouve là un terrain tout préparé par l'action des autres microorganismes ; sa virulence ne paraît pas d'une grande énergie.

Le traitement variera suivant la forme de la maladie et les localisations des vésicules ; l'herpès génital et l'herpès guttural sont justiciables de soins particuliers et bien connus. Contre l'hyperthermie de la fièvre herpétique franche, on luttera par les moyens communs dont nous disposons : les bains procureront d'excellents résultats ; on prescrira des boissons diurétiques et abondantes. Les antithermiques médicamenteux, antipyrine, quinine, phénacétine, etc., ne donnent ici aucun bénéfice. C'est en somme un traitement d'expectative, puisque le pronostic est bénin, la guérison certaine.

Conclusions. — La fièvre herpétique est une maladie pyrétique, infectieuse et contagieuse, à expression cutanée secondaire, inconstante dans sa marche et son allure. Elle revêt différentes formes ; mais il est une forme franche en quelque sorte première, qu'atténuent la répétition, la récidive. L'herpès génital, l'herpès pharyngé, l'herpès cataménial relèvent de la même origine : ils présentent des caractères spéciaux à cause de leur localisation spéciale. Les symptômes généraux prémonitoires sont généralement méconnus ou mal interprétés ; ils existent toujours mais à des degrés divers. Sous prétexte qu'ils sont parfois peu de chose, on ne compte pas avec eux ; « cela, il est vrai, est sans conséquences pratiques, cela n'est point sans portée doctrinale. »

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire d'hygiène infantile individuelle. Hygiène de l'enfant à la maison, par le Dr H. GILLET avec 59 figures. Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 1898.

Il n'est pas besoin de faire ressortir l'importance de l'hygiène en général, de l'hygiène appliquée à l'enfant

en particulier. De l'atmosphère vague où elle se mourait, l'hygiène a son champ d'action bien défini aujourd'hui, qu'elle doit aux données précises de l'étiologie moderne. Il en est résulté que, dans la pratique, elle a acquis une importance inconnue jusqu'alors et que les prescriptions hygiéniques sortant de la banalité visent dans chaque cas un but bien déterminé. Les conditions nouvelles dans lesquelles se développent l'hygiène justifient le titre de cet ouvrage que l'auteur appelle un formulaire. Il ne faut pas oublier que désormais dans l'ordonnance, à côté de la formule magistrale, le praticien doit laisser une grande place pour formuler en termes précis des mesures hygiéniques à prendre dans chaque cas particulier. L'idée de ce formulaire d'hygiène infantile, nous dit M. Gillet, a été de mettre chacun à même de trouver facilement la réponse à la question posée, à côté des raisons qui font adopter telle ou telle solution de préférence à une autre. Cet ouvrage comprend l'hygiène de l'alimentation, le sevrage, le régime de la seconde enfance, puis l'hygiène de la circulation, de la respiration, de la peau, du cuir chevelu, du système nerveux, des muscles, des sens, enfin un chapitre très important sur l'hygiène générale de la nutrition où l'on trouvera les prescriptions spéciales pour les enfants venus avec des tares ou des prédispositions pathologiques.

L. J.

Le diabète sucré et son traitement hydrologique, par le Dr Duhourcau, médecin aux eaux de Cauterets, lauréat de l'Académie de médecine, etc. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine. Paris, Octave Doin, 1898.

Le traitement hydrologique du diabète sucré est depuis longtemps entré dans la pratique et conserve une influence grandissante auprès des malades et des médecins. C'est que ce traitement bien dirigé et appliqué d'une façon opportune donne le plus souvent de très heureux résultats. Cependant les médecins sont en général peu au courant des indications précises des eaux minérales et des différentes stations en ce qui concerne le traitement du diabète; d'un autre côté la question, éparse dans un certain nombre de publications, était difficile à juger. Le Dr Duhourcau, pénétré de l'importance de la connaissance exacte des indications des eaux minérales chez les diabétiques, a donné un travail d'ensemble sur la question, qui a eu les honneurs d'un rapport très élogieux par M. Albert Robin à l'Académie de médecine.

Cette étude intéressera d'abord tous les praticiens, car M. Duhourcau a su rester étroitement clinique. Après avoir tracé dans un historique les principales phases de l'étude du diabète, l'auteur passe à l'étude générale du diabète, étiologie, symptomatologie, anatomie, pathogénie. La deuxième partie traite du traitement hydrologique du diabète sucré. Dans cette partie qui intéressera à un haut degré le praticien, on trouvera les diverses indications, les effets des eaux nombreuses qui ont été appliquées au traitement du diabète à commencer par les eaux alcalines, bicarbonatées et sulfatées et en passant en revue les eaux ferrugineuses, arsenicales, lithinées, chlorurées, sodiques, sulfureuses.

Dans une troisième partie, l'auteur expose les indications et les contre-indications du traitement dans le diabète et dans les complications du diabète. L'ouvrage se termine par un appendice sur la manière dont on doit contrôler les effets du traitement au moyen de l'analyse des urines.

Le travail de M. Duhourcau sera consulté avec fruit, car il est conçu dans un esprit très pratique et ses conclusions sont exposées avec une grande clarté et beaucoup de précision. L. J.

Physiologie, physique biologique, chimie biologique, programme et questionnaire aux réponses, par le Dr G. Petit, professeur libre. Paris, Soc. d'édit. scientifiques, 1898.

Cet opuscule de physiologie, rédigé sous forme de programme et questionnaire, est destiné aux étudiants pour lesquels il servira de guide et à soulager leur mémoire dans le moment critique des examens. Il leur évitera, en effet, à la dernière heure, les recherches qu'ils n'auront pas toujours le temps de faire et leur permettra de revoir rapidement l'ensemble du programme. La première partie de cet ouvrage est réservée à l'exposé du programme divisé en 10 leçons, suivant les cours que le Dr Petit a professé à ses élèves. La seconde partie contient le questionnaire avec ses réponses. Cet ouvrage ne peut évidemment pas dispenser l'élève d'un traité spécial, ce n'est pas le but de l'auteur, mais tel qu'il est conçu, il sera utile aux candidats, en leur rémémorant certaines questions difficiles. L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 juin 1898. — Présidence de M. Wolf.

Une méthode de mensuration de l'aire du cœur par la Radiographie. — MM. G. Variot et G. Chicotot. Il est difficile, on le sait, de mesurer l'aire du cœur sur la paroi antérieure du thorax par la percussion ou par la phonendoscopie.

La Radiographie peut être utilisée très simplement dans ce but.

L'ombre radioscopique due à l'opacité relative du cœur dans le thorax a des contours assez nets limités par les rayons X tangents aux bords du cœur et venant tomber sur l'écran fluorescent.

Il est aisé de tracer, avec un crayon, l'image radioscopique sur un papier calque superposé à l'écran; mais cette image ne représente pas la grandeur réelle de l'aire du cœur : elle est plus ou moins agrandie suivant la distance de la source lumineuse à l'écran et suivant la distance du cœur à l'écran récepteur.

Voici par quel dispositif et par quel procédé nous obte-

nons l'aire réelle du cœur en corrigeant l'ombre radioscopique enregistrée sur le papier calque.

Nos recherches faites à l'hôpital Trousseau ont porté jusqu'à présent sur les enfants :

1° L'enfant étant debout, nous appliquons la région antérieure du thorax contre l'écran placé à *poste fixe*, le tube de Crookes est disposé à *distance* convenable pour avoir une image aussi nette que possible; puis nous traçons au crayon sur le papier-calque les contours de l'image;

2° Nous mesurons avec une règle graduée la distance qui sépare l'anode, c'est-à-dire la source lumineuse, de l'écran;

3° Nous déterminons, d'après une table dressée d'avance, la distance qui sépare les points les plus saillants des bords du cœur, tangents aux rayons X, de la peau du thorax en avant, c'est-à-dire de l'écran contre lequel elle est appuyée.

Cette table de correction a été établie empiriquement par des mesures faites sur les cadavres d'enfants de divers âges.

Les bords les plus saillants du cœur en place dans le thorax sont constitués à gauche par la partie la plus antérieure du ventricule gauche, à droite par le contour de l'oreillette droite, en bas par le bord du ventricule droit.

La distance qui sépare les bords droit et gauche du cœur de la surface de la peau varie suivant l'âge : elle est de 2 cm, 5 environ à dix-huit mois, de 3 cm. à deux ans et demi, de 4 cm. à cinq ans, de 5 cm. environ à dix et douze ans.

Connaissant cette distance des bords du cœur à la surface du thorax, nous pouvons corriger l'image radioscopique obtenue.

Soient H la distance de la source lumineuse à l'écran, h la distance de la source lumineuse aux bords tangents du cœur (on aura h en défalquant de H la distance connue empiriquement des bords du cœur à la peau du thorax en avant) ; soit T l'un des diamètres de l'image radioscopique : nous aurons le diamètre réel du cœur en établissant la formule $\frac{H}{h} = \frac{T}{x}$.

Pour contrôler les expériences faites sur le vivant nous avons opéré sur des enfants morts, et nous avons constaté que la grandeur du cœur donnée par le calcul équivalait à celle mesurée au compas sur le cadavre, à 2 mm. ou 3 mm. près.

Il est possible de faire mécaniquement les corrections avec un instrument imaginé par l'un de nous (M. Chicotot). Il consiste dans une règle H graduée en millimètres, sur laquelle glissent à angle droit deux autres règles parallèles également graduées T, x.

Pour faire une correction, on mesurera avec la règle parallèle inférieure T sur la règle axiale H une distance égale à celle de la source lumineuse à l'écran, puis on amènera l'autre règle parallèle x au-dessus de la première, à la distance même du cœur à la surface du thorax. En rabattant de l'extrémité de la règle H un ruban R, on marque sur la règle parallèle inférieure T une longueur égale au diamètre de l'image radioscopique apparente ; du même coup, on lira sur la règle parallèle x la correction et le diamètre réel du cœur.

Il sera aisé de corriger ainsi un nombre indéfini de diamètres de l'image radioscopique apparente et de trouver une série de points permettant de tracer le contour réel du cœur, en agissant comme pour le tracé d'une ellipse.

Nous devons ajouter que, toutes choses égales d'ailleurs, les images radioscopiques du cœur, chez un même sujet, obtenues dans la station debout et dans le décubitus dorsal sont exactement superposables.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juillet 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

La Correspondance comprend une lettre de M. Barillé, pharmacien principal à l'hôpital militaire de Marseille, candidat au titre de correspondant national dans la 4e division.

Traitement des tumeurs érectiles par les injections coagulantes. — M. Théophile Anger se sert de la solution suivante :

Perchlorure de fer à 30°	25 grammes
Chlorure de sodium	15 —
Eau	60 —

C'est en somme la formule de l'ancienne liqueur de Piazza, qui a un pouvoir coagulant certain et dont l'injection n'est pas douloureuse.

Il y a quatre ans, il a substitué aux 15 grammes de chlorure de sodium, 3 grammes de chlorure de zinc, mais cette nouvelle solution est un peu caustique et douloureuse et l'emploi en reste exceptionnel.

La dose varie de 2 à 40 gouttes d'après le volume de l'angiome.

Il est indispensable de réaliser l'isolement périphérique de la tumeur avec un anneau quelconque, bien appliqué et bien maintenu et qu'on ne retire qu'au bout d'une quinzaine de minutes, quand le caillot est devenu très appréciable sous le doigt. La tumeur grossit pendant les premières heures, puis commence à diminuer et finit par disparaître.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par la créosote. — M. C. Savoire. Ayant eu l'occasion, dès 1891, d'expérimenter la créosote dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, j'eus l'idée d'administrer des doses croissantes de cette substance et je pus, chez un sujet particulier soumis à mon observation continuelle, arriver à une dose quotidienne de 15 grammes tolérée pendant plusieurs mois sans qu'aucun accident se produisît et suivie d'une guérison qui s'est maintenue depuis 1894.

Depuis cette expérience j'ai à plusieurs reprises administré à des tuberculeux des doses de créosote variant de 6 à 10 grammes, et non seulement je n'ai jamais observé d'accidents, mais les résultats que j'ai obtenus sont très satisfaisants et j'aurai l'occasion de soumettre à l'Académie une statistique intéressante à laquelle je travaille en ce moment.

Je veux simplement faire connaître aujourd'hui les conclusions des expériences que je poursuis depuis 1891 sur l'administration des doses élevées de créosote, tant à l'homme qu'aux animaux :

1° La toxicité de la créosote est très faible et inférieure à 1 gramme par kilogramme d'animal.

2° L'administration de doses de créosote s'élevant à 8 et à 10 grammes, et même dans un cas particulier à 15 grammes pendant plusieurs mois, n'a provoqué aucun trouble du côté des voies digestives, circulatoires ou urinaires (sauf

la coloration noire des urines qui, à notre avis, n'a aucune signification pathologique).

3° Elle a produit au contraire une augmentation de l'appétit et de la nutrition se traduisant par une augmentation de poids, des modifications profondes de la toux, des sueurs, de la fièvre, de l'expectoration, la disparition des bacilles dans un grand nombre de cas, une amélioration notable et parfois une guérison qui se maintient depuis une période de temps plus ou moins longue.

4° La créosote n'a aucune action sur le bacille de la tuberculose qui continue à se développer et conserve sa virulence dans les milieux où dans les bouillons de culture contenant des proportions élevées de créosote (jusqu'à 3000 et d'après nos expériences sur les bouillons de culture).

5° La toxicité des extraits de cultures et de matières tuberculeuses préalablement soumises à l'action de la créosote et privés de microbes est considérablement atténuée, ce que nous croyons devoir attribuer à une action chimique de la créosote sur les toxines du bacille de la tuberculose.

6° L'action favorable exercée par la créosote dans le traitement de la tuberculose pulmonaire nous semble due :

a A une action bactéroïcide exercée par la créosote sur les espèces microbiennes associées au bacille de Koch (streptocoques, pneumobacilles, etc)

b A une action stimulante sur la nutrition, d'où résulte une augmentation de la phagocytose à l'égard du bacille de Koch en particulier.

c. A une action chimique des phénols constituant la créosote sur les toxines du bacille de Koch, neutralisant leur pouvoir toxique.

7° L'action chimique exercée par la créosote sera d'autant plus marquée que la quantité de créosote administrée sera plus considérable.

8° Les malades auxquels nous réservons le traitement créosoté sont des tuberculeux non cachectiques (1^er^ et 2^e^ degré) et nous leur administrons la créosote :

1° En injections hypodermiques : 10 à 40 cc. d'une solution huileuse de créosote à 1/15 c. à base d'huile d'olives et additionnée ou non de balsamiques (myrtol, eucalyptol).

2° En inhalations continuelles à la dose de 6 à 10 gr. d'une mixture alcoolique contenant 1/3 de créosote.

3° Par voie stomacale en dilution dans un liquide huileux, le lait ou en émulsion par doses *fractionnées* formant un total de 40 gouttes pour débuter et pouvant être porté à 300 gouttes par 24 heures.

Nous recommandons d'éviter d'une façon absolue l'administration des capsules, pilules ou cachets créosotés auxquels on doit attribuer les accidents gastriques qu'on impute généralement à la créosote.

Cette substance doit être prise dans une quantité assez considérable de liquide pour n'être pas caustique, et de préférence au milieu des repas pour éviter une irritation mécanique corrosive de la muqueuse digestive.

Traitement du strabisme. — M. Panas. Il y a deux ans j'ai fait à l'Académie une communication sur un nouveau procédé opératoire du strabisme. Depuis, j'ai fait un grand nombre d'opérations par ce nouveau procédé. Cette question me préoccupe depuis trente ans, elle a passé par des phases diverses. Buffon est, avant notre époque, l'auteur qui a le mieux décrit cette difformité, sans doute parce qu'il était lui-même atteint de strabisme externe. Les moyens dont on se servait alors étaient rudimentaires, c'était la louchette, la coque perforée. Le véritable traitement du strabisme a commencé avec la ténotomie ; les orthopédistes considéraient cela comme un pied bot de l'œil et voulaient soit fortifier un muscle en l'avançant, soit affaiblir son antagonisme en le reculant. Sur le nombre des malades opérés, il y eut pas mal d'insuccès, et beaucoup de strabismes convergents, peu disgracieux, furent transformés en strabismes *horribles*, en strabismes divergents, d'autant plus qu'à cette époque on ne faisait pas encore d'antisepsie.

Il est indispensable, avant toute opération, de savoir à quoi l'on a affaire. Dans le strabisme, il n'y a ni rétraction d'un muscle, ni affaiblissement de son antagoniste. Le strabisme tient à un affaiblissement de la fonction de la convergence ou de la divergence des yeux. Cette fonction est indépendante des muscles eux-mêmes. Ce n'est pas une fonction innée ; elle fait défaut dans toute la série animale ; l'enfant nouveau-né ne converge habituellement pas ; c'est une fonction acquise. C'est aussi une fonction fatigante. Pendant le sommeil naturel ou chloroformique les yeux divergent. Pour que la convergence s'exerce, il faut donc des conditions particulières. Il faut d'abord que les muscles ne soient ni contractés, ni paralysés ; il faut donc l'intégrité des muscles et l'intégrité des nerfs. Il faut en outre que les deux yeux soient égaux, qu'ils aient la même acuité visuelle ou à peu près. Lorsqu'un œil perd son acuité visuelle, l'autre restant intact, il se met à loucher. C'est le strabisme amaurotique ou amblyopique. L'amétropie est la cause la plus fréquente du strabisme, surtout l'astigmatisme. Ce qui provoque le strabisme, c'est la réfraction inégale d'un œil à l'autre, c'est-à-dire l'anisométropie.

L'opération de la ténotomie dans le strabisme est donc basée sur une théorie fausse, cependant elle est restée dans la pratique. Le strabisme commence par être périodique, c'est-à-dire intermittent, puis il devient permanent ; c'est l'œil le plus amétrope qui louche. Le strabisme confirmé est toujours bilatéral, comme le prouve la déviation secondaire : lorsque l'œil strabique fixe un objet, l'autre œil, masqué par un verre dépoli, qui ne permet pas à l'œil de voir mais qui permet de suivre ses mouvements, se met en strabisme convergent. L'angle apparent du strabisme est donc supérieur à ce qu'il est en réalité pour chaque œil.

D'emblée, quand on a à opérer un strabisme, il faut anesthésier le malade par le chloroforme. Même en coupant des deux côtés, il ne suffit pas de faire la ténotomie. J'ai combiné à la section l'élongation des muscles, qui porte son action jusqu'au tronc nerveux, jusqu'au centre médullaire. La rétraction consécutive est un mythe ; un individu qui louche depuis son enfance aura, à tout âge, le même champ du regard, le même arc excursif, en réalité sinon en apparence. La traction du muscle n'est donc pas destinée à allonger le muscle, mais à agir sur les nerfs moteurs.

L'expérience clinique m'a démontré que le reculement du muscle est plus puissant que l'avancement ; je donne donc la préférence à la ténotomie et ne fais l'avancement musculaire qu'en cas d'insuffisance de la ténotomie. D'ailleurs la ténotomie est une opération des plus simples ; l'avancement est, au contraire, une opération compliquée qui laisse toujours un bourrelet disgracieux qui persiste indéfiniment. Avant de faire la ténotomie, je tire fortement le muscle avec le crochet, puis c'est fini.

Quel que fût le degré du strabisme, je n'ai eu dans aucun cas d'hypercorrection. J'ai 210 strabismes convergents opérés. J'ai 180 succès immédiats avec une seule interven-

tion, la plupart des faits sont anciens ; les plus récents ont au moins six mois de date. Les insuccès sont dus non pas à une hypercorrection, mais à ce que les malades continuent à converger. Chez ceux-là il faut faire l'avancement du droit externe.

Elections. — L'Académie procède à l'élection d'un titulaire dans la section de pathologie chirurgicale. Sur 70 votants, majorité 36, M. Peyrot est élu par 63 voix contre 3 données à M. Bouilly, 1 à M Segond, 1 à M. Schwartz et 2 bulletins blancs.

A 4 heures 35, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les candidats au titre d'associé national. Sont présentés : en 1re ligne, M. Schlagdenhaufen, de Nancy, en 2e ligne MM. Andouard, de Nantes, et Heckel, de Marseille.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er juillet 1898. — *Présidence de* M. Sevestre.

Ulcérations gastro-intestinales au cours d'une maladie infectieuse. — MM. Le Gendre et Leroy. Ces pièces anatomiques viennent d'un homme de 26 ans, mort dans le service à la suite d'une maladie infectieuse que nous n'avons pas pu déterminer d'une façon absolue. Notre première idée avait été que nous nous trouvions en présence d'une fièvre typhoïde, mais le séro-diagnostic étant constamment resté négatif, nous penchions vers l'idée d'une granulie ; quatre jours avant la mort, survint une hématémèse. A l'autopsie nous trouvâmes une rate très grosse et diffluente pesant 650 grammes, et des ulcérations très nombreuses, chancriformes, siégeant dans l'estomac et dans l'intestin, du cardia à la fin du colon, surtout abondantes dans le duodénum. Ces ulcérations bourbillonneuses, noirâtres, siégent au niveau des plaques de Peyer et aussi en dehors de ces plaques, quelques-unes de celles-ci restant intactes ; les ganglions mésentériques n'étaient pas augmentés de volume. L'examen bactériologique pourra seul nous renseigner sur la nature de cette lésion.

M. Netter. L'examen microscopique seul permettra de savoir si ce cas est un cas de mycose intestinale ou de dothiénentérie, mais le résultat négatif fourni par le séro-diagnostic ne doit pas faire exclure ce dernier diagnostic ; nous avons pu voir, chez un enfant présentant des phénomènes typhiques, le séro-diagnostic rester négatif pendant toute la durée de la maladie, et ne devenir positif qu'au moment d'une rechute.

M. Chauffard. Les lésions constatées me paraissent tout à fait différentes de celles de la fièvre typhoïde ; les ulcérations n'ont pas l'aspect des lésions typhiques ; elles n'en ont pas le siège ; de plus les ganglions ne sont pas hypertrophiés. Je pense plutôt qu'il s'agit là d'un cas de mycose intestinale, mais l'examen microscopique seul pourra lever tous les doutes.

Onycomycose consécutive à des troubles trophiques des ongles. — MM. Hirtz et Jacquet rapportent deux cas de troubles trophiques des ongles, qui démontrent que l'onycomycose, contrairement à l'opinion courante, se développe volontiers sur des ongles déjà atteints de troubles trophiques et n'est pas, par elle-même et primitivement, la cause de l'altération unguéale connue sous le nom d'ongle blanc-mat amiantacé.

Une malade offrait cette altération unguéale aux doigts d'une main atteinte de névrite : l'examen des ongles, fait par M. Sabouraud, montra l'absence de tout parasite.

Un deuxième malade, âgé de 38 ans, ancien paludéen, syphilitique, alcoolique, saturnin, était un hystérique atteint d'hémiplégie hystérique, de troubles neurasthéniques et de polyurie nerveuse. Aux doigts des deux mains et des deux pieds, les ongles sont épaissis, blanchâtres, opaques, friables et présentent un état filamenteux des couches profondes ; les ongles des doigts ont les bords libres usés, altération qui manque aux orteils. Tous les doigts sont pris à l'exception de deux doigts de la main droite ; tous les ongles malades offrent nettement une infiltration tricophytique.

Il est infiniment probable que la tricophytie n'a pas été la cause première de l'état unguéal, mais que, rencontrant un terrain favorable à son développement et constitué par des ongles atteints de troubles trophiques, dus à l'hystérie, elle s'est installée là et a secondairement infecté les ongles malades.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 juin 1898. Présidence de M. P. Berger.

De l'extirpation du rectum par la voie abdomino-périnéale. — M. Quénu. Après avoir reconnu la nécessité, suivant le siège de la tumeur, basse, moyenne ou élevée, d'avoir recours à trois voies différentes : périnéale, abdomino-périnéale pour les dernières, et sacrée pour les secondes, je suis revenu actuellement à une simplification plus grande encore. J'abandonne la voie sacrée et je donne une plus grande extension à l'abdomino-périnéale qui conviendrait à tous les cancers non justiciables de la voie périnéale. Celle-ci permet d'enlever 15 à 16 centimètres de rectum. Or, j'admets qu'il faut enlever 6 à 7 centimètres de muqueuse saine au-dessus du cancer. La voie périnéale est donc réservée aux seuls cancers hauts de 8 à 10 centimètres au plus, c'est-à-dire qu'on peut accrocher avec le doigt.

On reproche à la voie abdomino-périnéale de condamner l'opéré à l'anus contre nature ; mais toute ablation du rectum avec ablation du sphincter condamne le malade à un anus incontinent, ce qui est aussi pénible que l'anus iliaque. La gravité opératoire diminuera très certainement avec une technique plus rigoureuse et mieux établie. Pour l'obtenir il faut rechercher une asepsie absolue pendant et après l'opération et économiser le sang.

L'asepsie sera obtenue en suivant les règles que j'ai déjà indiquées. Quant à l'économie du sang, je puis la réaliser en faisant des ligatures préliminaires, et je fais la ligature des iliaques internes. Celle-ci est facile et n'expose à aucun inconvénient. Voici quel est le plan opératoire que je conseille :

1er *temps*. Ouverture médiane du ventre et ligature des deux iliaques internes, à 1 centimètre ou 1 centimètre 1/2 de la bifurcation. En faisant cette ligature, il est facile de s'assurer qu'il n'existe pas de ganglions suspects.

2e *temps*. Libération de l'anse sigmoïde et création d'un anus iliaque gauche.

3e *temps.* Amorce de la libération rectale.

4e *temps.* Extirpation périnéale.

Traitement des suppurations pelviennes par la colpotomie. — M. Lucas-Championnière. Cette méthode peut être regardée comme la méthode de choix. La méthode de Laroyenne est un procédé aveugle, déplorable au point de vue opératoire et dans ses résultats.

Je préfère la laparotomie. Je ne draine jamais, qu'il y ait eu ou non irruption de pus dans le ventre.

Ce n'est que dans quelques cas exceptionnels que j'ouvre le cul-de-sac postérieur, et alors cette incision est préférable à l'hystérectomie vaginale, l'ablation de l'utérus pouvant ouvrir directement dans le péritoine des collections septiques et déterminer une mort rapide.

M. Reynier. L'incision du cul-de-sac ne donne pas les résultats qu'on penserait devoir en attendre. C'est une opération d'attente, et presque toujours, sinon toujours, on est forcé d'avoir plus tard recours à la laparotomie ou à l'hystérectomie et, dans ces cas, ces opérations sont alors plus difficiles.

M. Michaux. J'ai fait 30 fois l'incision du cul-de-sac postérieur et c'était souvent le premier temps de l'hystérectomie vaginale. Je trouve à cette opération deux grandes indications :

1° Chez les femmes jeunes de 18 à 22 ans, on l'a faite comme opération conservatrice pour l'évacuation des poches dues, la plupart du temps, à une infection gonococcique récente.

2° Chez des femmes épuisées, fébricitantes, on la pratique comme opération d'attente et d'urgence.

Quoique que j'aie toujours cherché à ouvrir toutes les poches que je sentais, je suis peu satisfait des résultats obtenus. 12 fois sur mes 30 malades j'ai dû recourir à une hytérectomie vaginale secondaire et mes autres malades n'ont pas obtenu de guérison parfaite. Je ne fais presque plus d'incisions du cul-de-sac postérieur.

Cancer inopérable du sein traité par le carbure de calcium. — Présentation du malade par M. Guinard.

Au cours de la séance, M. P. Delbet est nommé membre titulaire.

Séance du 6 juillet 1898. — Présidence de M. P. Berger.

Traitement des suppurations pelviennes par incision du cul-de-sac vaginal. — M. Schwartz. S'il est certaines malades qui ont guéri par cette incision, d'autres devront subir plus tard l'hystérectomie par suite ou non de la persistance d'une fistule vaginale. — Je peux citer un cas où l'incision fut suivie d'une hémorrhagie réellement très grave.

Chez une autre malade, je fus témoin d'un autre accident encore plus sérieux. Il s'agissait d'une grosse collection qui faisait saillie dans le vagin. L'ouverture se fit bien, mais quelque temps après survint une nouvelle poche du côté opposé. On se préparait à la laparotomiser quand elle mourut subitement, on ne sait pour quelle cause.

Une malade à laquelle j'avais fait une incision du cul-de-sac fut laparotomisée d'urgence, un drain ayant pénétré dans la grande cavité au moment où je faisais une injection boriquée dans la cavité péritonéale.

On voit par ces faits que l'incision du cul-de-sac n'est pas aussi bénigne qu'on le veut bien dire.

Voyons les accidents ultérieurs. La récidive de la collection purulente est assez fréquente.

Aussi je reste, sauf exception, partisan de la laparotomie, comme beaucoup moins aléatoire.

M. Bazy. M. Monod semble faire de l'incision l'opération de choix. Tous ses faits ont un caractère d'authenticité qui doit les faire prendre en grande considération.

Je crois que l'incision doit être réservée aux collections uniques et faisant saillie. L'hystérectomie vaginale doit être appliquée aux collections bilatérales et aux poussées aiguës qui font augurer de la septicité du pus contenu.

Il existe des lésions unilatérales. — Dans 21 cas de laparatomie par suppuration, j'ai pu assez souvent laisser une trompe et un ovaire sain.

Cependant il est difficile, quand on voit les trompes épaissies, adhérentes, de penser qu'une seule incision, une simple évacuation, pourra suffire à amener une guérison définitive.

Je conclus donc en principe que la laparotomie sera l'opération de choix.

Tétanos traité sans succès par les injections de sérum antiseptique. — Observation lue par M. Rémy.

Traitement des appendicites. — M. Poirier. D'après 17 cas que j'ai eu l'occasion de voir et d'opérer, je conclus que toutes les appendicites doivent être opérées.

Je veux parler aujourd'hui de l'appendicite avec péritonite généralisée. — J'ai vu un jeune homme au 6e jour atteint d'appendicite et de péritonite suppurée. — J'incisai à gauche et à droite et drainai. — Tout semblait aller bien quand, le 7e jour, il mourut d'hémorrhagie, en quelques heures, par suite de l'absence du médecin traitant retenu au Conseil général.

Je pense qu'il faut toujours réséquer l'appendice dans tous les cas, et pour le trouver, je pense qu'il faut décoller le péritoine dans la fosse iliaque jusqu'à ce qu'on voie les vaisseaux iliaques, puis d'arrière en avant on trouve les abcès s'il y en a ou l'appendice si c'est lui que l'on recherche.

M. Reclus. Je crois qu'il est difficile d'affirmer la règle constante opératoire de l'appendicite. Je ne pense pas, comme M. Poirier, qu'il faut opérer le plus tôt possible. Je ne pense pas qu'il faut courir la chance d'infecter le péritoine pour rechercher l'excision de l'appendice qui n'est pas toujours utile. Sur les appendicites opérées par moi, plus des 2/3 ont conservé leur appendice et je n'ai jamais eu de récidive.

M. Brun. Il faut réséquer l'appendice, mais dans nombre de cas il faut le laisser et on ne peut établir de règle fixe.

Hernie crurale étranglée. Opération. Guérison. — Observations par M. Beurnier.

F. Verchère.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LOUVRE

(Ier et IIe arrondissements)

Séance du 17 mai 1898. — Présidence de M. Moutier.

La Correspondance comprend : 1° Lettre de remerciements de M. Deléage. 2° Lettre de candidature de M. Planet, ayant pour parrains M. Moutier et M. Apostoli. Rapporteur M. Boudin.

M. le Président souhaite la bienvenue à M. Boudin qui assiste pour la première fois à la réunion, et adresse les fé-

licitations sympathiques de la Société à M. Gillet qui, après une longue maladie, peut reprendre sa place parmi nous.

Congrès de Déontologie en 1900. — MM. Sébillotte et Desnos exposent la question telle qu'elle est comprise au Conseil général des sociétés d'arrondissements. M. Kuhff redoute l'immixtion des étrangers et en particulier des Allemands, qui pourraient dénaturer ce que nous dirons et ferons. M. Kuhff est partisan d'un congrès national avec adjonction des étrangers de langue française.

M. Desnos. Il ne s'agit pas de séances secrètes, mais bien d'un congrès dont les comptes rendus seront publiés par la presse ; en face des étrangers plus ou moins hostiles, les nationaux auront à cœur d'écarter les questions qui pourraient devenir contraires à nos intérêts : il semble que la comparaison ne saurait être défavorable aux médecins français.

M. Dubrisay. S'il y a un Congrès, il est impossible de fermer les portes ; si les étrangers n'y sont pas admis, il est à craindre qu'ils ne transforment l'esprit des débats et que la vérité n'en soit encore plus altérée.

M. Chevallereau. Les Congrès n'ont aucune influence, aucun résultat scientifique, et il y en aura tant en 1900 que celui-ci pourrait bien passer inaperçu.

M. Desnos. C'est vrai au point de vue des séances ; mais en dehors, dans les banquets, les conversations intimes se nouent des relations qui peuvent avoir les meilleurs résultats.

M. Kuhff n'entend pas imposer son opinion ; il a voulu seulement faire connaître la crainte qu'il éprouve de la présence des étrangers, mais il se range à l'opinion générale, avec l'espoir qu'il en résultera du bien, et seulement du bien, pour le corps médical français.

Après délibération, la Société médicale du Louvre se déclare en principe partisante du Congrès international de déontologie médicale en 1900.

Radiographie d'un maxillaire supérieur pour la recherche des canines permanentes chez un adulte. — M. Gourc. (V. *France médicale* du 17 juin).

M. le Président remercie M. Gourc de son intéressante communication et espère qu'elle sera suivie d'autres ; car il y a encore beaucoup à faire au point de vue de l'art dentaire et nos confrères seront les bienvenus en nous faisant connaître les résultats de leurs recherches.

Observations d'accouchements prématurés provoqués à la Clinique Tarnier en 1897. — M. L. Dubrisay (*sera publié*). Il ressort de cette communication que les résultats obtenus sont parfaits pour les mères et les enfants (en suivant ponctuellement la technique opératoire indiquée par Tarnier et par l'auteur) et que sans vouloir rejeter de parti pris les autres opérations (telles que symphyséotomie, opération césarienne, etc.), l'accouchement prématuré est une opération plus facile et plus à la portée de tous les praticiens.

M. Sébillote insiste sur ce dernier point et fait remarquer combien cette opération relativement facile peut être utile en dehors des hôpitaux, aux médecins de ville ou de campagne.

M. le Président se joint à M. Sébillote pour remercier M. L. Dubrisay de sa communication aussi intéressante que pratique.

Utilisation des matériaux nutritifs du lait. Comparaison chez le nourrisson des deux modes d'alimentation : lait de femme et lait vache. — M. Michel. (V. *France Médicale* du 1er juillet.)

M. le Président remercie M. Michel de sa communication intéressante. Discussion à laquelle prennent part M. Gillet, qui n'accepte pas, pour le nouveau-né, d'autre élevage que celui au sein, et M. Moutier qui tient d'abord à reconnaître, avec M. Gillet et ses collègues, que l'alimentation au sein est la plus parfaite de toutes ; mais quand, pour une raison quelconque, l'enfant doit être mis à la campagne, loin des parents, sans contrôle, il préfère faire l'élevage au lait stérilisé. Il y a maintenant des femmes fort bien dressées à ce genre d'élevage, et on obtient ainsi de bons résultats ; tandis que bien souvent une nourrice au sein a deux ou trois nourrissons à la fois, et complète l'alimentation par du lait non stérilisé ou par des soupes, les résultats sont alors moins parfaits qu'avec le lait stérilisé.

M. Gillet. Les enfants élevés au lait stérilisé deviennent rachitiques, une nourrice, même médiocre, vaut mieux que le meilleur lait stérilisé, il faut tout faire pour empêcher la nourriture au biberon.

M. L. Dubrisay est du même avis.

La séance est levée à 10 heures 3/4.

Le secrétaire des séances : Dr H. Beausse.

MEMENTO PRATIQUE

Hygiène de la bouche chez les enfants. Conseils pratiques.

Par le Dr Gourc,
Médecin-dentiste du Dispensaire Furtado-Heine.

L'hygiène générale est certes fort négligée par les adultes, tout au moins dans une partie de la Société, la plus nombreuse hélas ! mais cela n'est en rien comparable à l'oubli dans lequel sont laissés les premiers préceptes de l'hygiène en ce qui regarde l'asepsie de la bouche et la conservation des dents.

Dans ma carrière de dentiste j'ai constaté cet ordre de faits le plus souvent à l'hôpital, mais j'ai eu le regret d'entendre maintes fois des mères de famille, cependant très soucieuses de la santé et de l'hygiène générale de leurs enfants, à un degré de l'échelle sociale plus élevé que ne l'est la clientèle hospitalière, manifester un très grand étonnement lorsqu'elles m'entendaient dire que tel ou tel accident pathologique aurait pu être évité, si l'on eût d'abord fait examiner la bouche par un dentiste régulièrement et dès la plus tendre enfance et si l'on eût ensuite fait ou fait exécuter des lavages après les repas, ne fût-ce qu'avec de l'eau boriquée.

Je n'ai pas la prétention d'attribuer à l'acide borique un pouvoir antiseptique, il y a bien longtemps que je suis fixé sur son impuissance à cet égard (1) ; mais à l'hôpital, où l'on est obligé de prescrire des médicaments de peu de valeur en même temps que de s'entourer du plus de garanties possibles de propreté sinon d'asepsie, je conseille toujours l'eau boriquée parce que je suis presque sûr que l'eau aura bouilli ; si peu que cela soit, cela vaut toujours

(1) Le prof. Pouchet a prouvé que l'acide borique n'était point antiseptique, mais qu'il *maintenait* l'asepsie.

mieux que de l'eau non bouillie qui, de plus, aura séjourné dans un récipient le plus souvent d'une propreté douteuse.

Ceci dit, mes confrères voudront bien me permettre de leur montrer de quel poids serait leur insistance auprès de la clientèle, pour l'adoption d'une brosse individuelle dans chaque ménage pour si pauvre qu'il soit, et je saisis avec empressement l'occasion de féliciter mon maître et ami, le Dr Letulle, qui vient d'inaugurer à l'hôpital Boucicaut, indépendamment d'une organisation d'asepsie et d'antisepsie toute spéciale, l'obligation pour chaque malade d'avoir une brosse à dents, fournie par l'Assistance publique, brosse qui lui appartient en propre puisqu'il pourra l'emporter à sa sortie. Il ne me reste plus qu'à souhaiter que l'exemple soit immédiatement suivi par tous les chefs de service hospitalier; ceci fait tous les médecins ne tarderont pas à suivre le mouvement, partant les malades aussi, de sorte qu'un jour, qui n'est peut-être pas très éloigné, l'on voudra bien reconnaître que la stomatologie est non seulement une branche utile de la médecine, mais qu'elle est de plus indispensable tant pour le fonctionnement régulier et parfait de tous les organes que pour l'esthétique du visage.

Quoi qu'il en soit je dois en vérité constater un réel progrès, mais je ne me trouverai satisfait que si grandes personnes et enfants, sans exception, comprenant l'immense portée des soins buccaux au point de vue de la santé générale, surveillent leur bouche et se brossent les dents matin et soir ou mieux après chaque repas; cet acte ne réclame en somme que quelques minutes distraites au repos du lit ou au souci des affaires.

L'épithélium gingival et l'émail de la dent jouent le même rôle protecteur contre les causes pathogènes de toute sorte accumulées en grand nombre dans la bouche.

Ces causes sont d'ordres divers : en premier lieu, les poussières microbiennes que nous respirons alors que cette fonction physiologique se fait par la bouche; mais les éléments les plus nuisibles sont introduits par les aliments destinés à être mastiqués par la bouche et ingérés ensuite dans un but de nutrition. Ces aliments contiennent évidemment des microbes en grand nombre, prêts à entrer en lutte; qu'on les laisse séjourner et qu'on leur ouvre une petite porte d'entrée, les désordres qu'ils vont produire ne tarderont pas à être manifestes; cette porte peut s'ouvrir de plusieurs façons : ou bien une maladie d'estomac, l'éruption des dents, surtout des dents de lait, etc., etc., vont donner à la salive une acidité anormale, ou bien les aliments solides ou liquides (vin, bière, cidre, etc.,) qui séjournent après les repas dans les interstices dentaires et sur les dents elles-mêmes, vont fermenter et mettre en liberté des acides lactique, butyrique, acétique, etc., d'autant plus actifs qu'ils seront à l'état naissant et en contact immédiat avec les organes intra-buccaux.

On pressent d'ores et déjà l'action chimique, corrosive, *désagrégative* de ces acides sur la matière minérale de la dent (carbonate de chaux, phosphate de chaux, phosphate de magnésie, 72 p. 100), de telle sorte que celle-ci semblera se réduire lentement en poussière et formera avec les détritus alimentaires putréfiés ce magma noirâtre, d'odeur quelquefois infecte, que l'on trouve dans les caries; en outre la matière animale *gélatinogène* de la dent (28 p. 100) sera un nouvel aliment tout à fait propice au développement des bactéries. Pour peu que les dents soient de mauvaise qualité, peu compactes, de densité moindre, *crayeuses*, l'action corrosive des acides sera plus rapide et l'on verra quelquefois des dents véritablement rongées sur lesquelles l'action destructive s'est fait sentir non en profondeur, mais sur une grande surface au voisinage du collet.

Et que dire des sucreries, bonbons, gâteaux, pains d'épices et *tutti quanti* dont on gorge fréquemment les enfants ! Sans compter les sirops antiscorbutiques, raifort iodé, de Gibert, etc. etc., qui constituent la base d'un traitement dépuratif ou tonique subi quelquefois des mois entiers, des années! Combien j'aimerais pour ma part voir abandonner cet usage funeste, immodéré et cependant si répandu des sirops pharmaceutiques, alors qu'il serait si simple de prendre comme seul excipient la glycérine, dans laquelle on ferait dissoudre les extraits de plantes qui valent bien les décoctions ou macérations, quand ils ne leur sont pas supérieurs, quoiqu'en disent quelques auteurs, avec d'autant plus de sécurité depuis l'usage des extraits fluides représentant le poids de la plante employée. Sans aller plus avant, ne retenons que le sirop antiscorbutique précité. La plupart des pharmaciens exécutent cette préparation par un simple mélange d'extrait fluide dans du sirop de sucre cuit à 30° ou même 32° et refroidi, au lieu de faire une distillation, ce qui du reste ne signifie pas grand'chose.

On voit combien il serait facile de formuler ainsi qu'il suit le sirop antiscorbutique qui devrait désormais porter le nom de *glycérine antiscorbutique*.

Glycérine neutre médicinale à 30° = 1100 grammes.
Extrait fluide antiscorbutique = 100 grammes.

Ou bien de faire prendre l'extrait pur.

La précédente remarque s'appliquerait encore mieux au sirop iodo-hydrargyrique de Gibert qui, soit dit entre parenthèse, est une très mauvaise formule par son insuffisance en iodure dont la dose devrait être pour le moins doublée.

De tout ceci ressortent en définitive trois préceptes à observer : 1° Eviter les aliments sucrés; 2° débarrasser la bouche, les dents et les insterstices de toute parcelle alimentaire; 3° faire nettoyer les cavités, les caries des dents, les désinfecter et les obturer, détruire en un mot tout réceptacle d'éléments infectieux.

Quel n'est pas l'étonnement des parents lorsqu'on a le désir d'obturer les dents de lait de leurs enfants sitôt qu'elles présentent la moindre carie ?

Mais, Docteur, répondent-ils, pourquoi soigner les dents de lait puisqu'elles ne doivent pas rester dans la bouche ?

Sans parler d'autres raisons très importantes qui peuvent guider le dentiste, telles que poussée précoce des permanentes, désorganisation de l'esthétique buccale, etc., etc... les preuves citées plus haut ne suffisent-elles pas pour encourager notre juste intervention et notre lutte contre cette incurie, cette inertie et ce laisser aller inexplicable et déraisonné de tels parents imprudents?

Dans le même ordre d'idées, le *tartre* des dents (carbonates et phosphates terreux) est aussi un facteur puissant de la carie, car non seulement il contient des microbes mais encore il favorise par sa présence la formation de clapiers interdentaires ou sous-gingivaux, de véritables petits puits d'ensemencement où fourmilleront à leur aise, au milieu de résidus fermentescibles, tout un essaim de bactéries. Alors les dents *déchaussées* peuvent s'éliminer, les gencives *décollées*, congestionnées, tuméfiées, sécrètent un mucus épais, visqueux, saignent facilement et si vous donnez le conseil d'utiliser les bienfaits de la rugine du dentiste et de la brosse dont on ne s'est point servi jusqu'à ce jour, la mère vous répond que les gencives saignent au moindre contact

et qu'on ne pourra pas les brosser!! Il faut, au préalable, débarrasser la bouche de cette matière calcaire nuisible et quelques badigeonnages iodés ou même quelques cautérisations aidant, la gencive reprendra son aspect ordinaire, une hygiène sévère et rigoureuse étant tout d'abord instituée.

Enfin ajoutez à cela l'effet funeste des nombreuses poudres, élixirs ou eaux dentifrices dont la vertu hygiénique réside seulement sur l'étiquette ou dans le corps de la réclame du journal qui les annonce, produits contenant la plupart du temps des éléments nuisibles à l'émail par leur action mécanique trop rude (os de seiche, pierre ponce, alun, etc.), ou trop mordante (crème de tartre, acides, etc.), mais n'ayant jamais dans leur composition le moindre atome d'un composé antiseptique. Je ne saurais trop m'élever contre l'envahissement de ces produits préparés par des parfumeurs ou autres commerçants alors que seuls les pharmaciens devraient être autorisés à procéder à leur confection d'après nos propres indications. Je donnerai dans un prochain article une des observations les plus frappantes que j'ai observées dans ma clientèle : il s'agit d'une dame qui se servait, avant qu'elle me demandât conseil, d'une poudre préparée par un parfumeur parisien, présentée sous forme de panacée chinoise, dont l'émail des dents a absolument disparu sur une bonne moitié de ses dents et dont les gencives sont colorées à la cochenille au point qu'on reconnaît ce colorant à une assez grande distance.

Je ne saurais, sans sortir du cadre que je me suis limité, parler des complications de la carie : périostite, abcès, phlegmons, ostéite, etc., je dois rester sur le terrain hygiénique proprement dit. La pathogénie laisse aisément voir la bonne hygiène à mettre en application. Il est une thérapeutique préventive qui consiste, nous l'avons déjà dit, à enlever le tartre, soigner la gencive (1), et obturer les dents malades; il faut aussi extraire toute dent ou racine qui ne peut être obturée, afin d'éviter tout accident ultérieur.

Je dois cependant entrer dans quelques détails ; je viens en effet de conseiller l'extraction des dents qui ne peuvent être obturées, je dois faire quelques réserves au sujet des dents de lait : si la dent de lait cariée ne doit être remplacée par sa correspondante permanente que dans un avenir assez lointain ou si elle ne doit pas être une gêne à la régularité de la bouche, la règle est de s'abstenir, mais si sa chute naturelle est prochaine ou, s'il y a lieu de craindre la périostite suppurée ou tout autre accident infectieux et *à fortiori* si cela existe, mieux vaut débarrasser la bouche de l'enfant d'un organe inutile pour la mastication et dangereux par sa seule présence. Le dentiste est seul juge en ce cas de l'opportunité de l'extirpation, mais il ne doit pas oublier que les dents de lait doivent être maintenues le plus longtemps possible, jusqu'à leur chute naturelle, et il doit tout tenter pour arriver à ce but; la thérapeutique est à peu de chose près la même pour les enfants que pour les adultes.

Enfin, et je le répète sciemment : il est absolument indispensable que l'enfant, dès sa plus tendre enfance, mette à exécution les quelques conseils que j'ai donnés et nous ne verrons plus ainsi à l'avenir des adultes vieux ou jeunes avouer sans honte n'avoir jamais fait usage d'une brosse à dents.

La brosse à dents doit être choisie pour les enfants en crins d'une dureté moyenne, lavée à l'eau bouillante après usage et enfermée dans un flacon, une éprouvette bouchée contenant une eau antiseptique, de l'eau boriquée, thymolée, etc. 1 p. 100 faible.

Comme rince-bouche je prescris à l'hôpital de l'eau boriquée, pour les motifs donnés plus haut, de préférence aux élixirs qui sont souvent chers. La composition de ceux-ci peut varier à l'infini.

J'ai donné dans ce même journal une formule de poudre et élixir destinés aux enfants. En général l'emploi de cette poudre suffit à tous les besoins, mais dans les cas de fermentation alcalines l'on devra utiliser une poudre dentifrice acide. Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit à propos de l'emploi des pâtes et savons dentifrices. Il est quelquefois utile d'ajouter, dans quelques cas de stomatite, un peu de chlorate de potasse à une poudre dentifrice qui ne devra servir que pendant la durée de la stomatite ou bien pendant l'administration d'un composé mercuriel.

(1) De même ici insisterons-nous sur la suppression des miels, mellites ou sirops qui forment l'excipient des collutoires destinés aux badigeonnages de la fibro-muqueuse buccale, nous avons dit plus haut pourquoi.

VARIÉTÉS

Le service de la protection du premier âge dans les départements de la Seine en 1896.

Par le Dr DEPASSE.

La protection a eu à surveiller, pendant l'année 1896, 4.139 nourrissons (91 de moins qu'en 1895), dont 1.147 à Paris et 2.992 dans la banlieue.

En les classant suivant le mode d'élevage on a :

1.603 enfants élevés au sein, soit 38,73 p. 100.
2.054 — au biberon, soit 49,63 p. 100.
482 placés en sevrage ou en garde, soit 11,64 p. 100.

Ces chiffres sont à peu près les mêmes que ceux de l'année 1895.

Les placements au sein ont un peu diminué, et les placements au biberon ont malheureusement augmenté.

Je dis malheureusement, parce que la mortalité des enfants élevés au biberon est toujours de beaucoup supérieure à celle des enfants élevés au sein.

Il y a eu 231 décès, soit 5,58 p. 100. Jamais, depuis le fonctionnement de la loi Roussel, ce chiffre n'a été aussi bas. Il avait été de 6,18 p. 100 en 1894, puis s'était élevé en 1895 à 7,91 p. 100.

Il y a donc progrès sensible.

Le chiffre de ces décès se répartit, suivant les saisons, de la façon suivante :

En hiver, 42 décès, soit 18 p. 100.
Au printemps, 52 décès, soit 22 p. 100.
En été, 96 décès, soit 42 p. 100.
En automne, 41 décès, soit 18 p. 100.

C'est toujours l'été qui est la saison terrible : les mois de juillet et août comptent à eux deux plus du tiers de la mortalité totale de l'année : 86 et 231.

Si, au lieu de prendre la mortalité générale, on classe les décès suivant que les enfants étaient élevés au sein ou au biberon, on voit l'effet terrible des chaleurs de l'été sur les enfants au biberon, qui apportent à peu près à eux seuls

le terrible accroissement des décès, tandis, en effet, que la courbe de la mortalité des enfants au sein oscille toute l'année entre 3 et 10 par mois, celle des enfants élevés au biberon va de 6 à 43.

Le service de la protection surveille cependant, d'une façon toute particulière, les biberons des nourrices. Les biberons à tube de caoutchouc sont absolument interdits dans le département de la Seine.

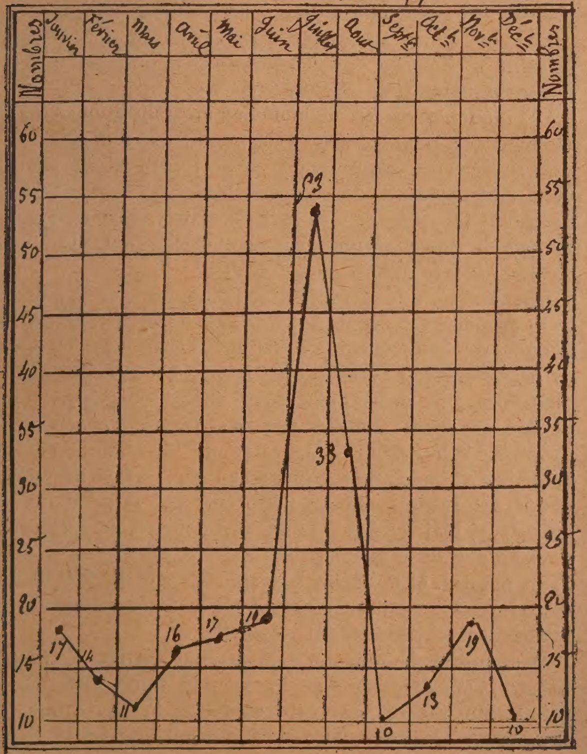
Les préfets ont chacun, dans leur département, l'autorité sur le service de la loi Roussel, et dans un certain nombre de départements les préfets ont interdit aussi les biberons à tube d'une façon formelle, mais il y a des départements où la question n'a pas paru intéresser l'autorité préfectorale. On peut lire dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine* du 15 février 1898 que M. le ministre de l'Intérieur consulte cette assemblée sur le point de savoir s'il convient de présenter aux Chambres un projet de loi interdisant la fabrication, l'importation et la vente du biberon à tube.

Par rapport à l'âge, on peut voir, dans le tableau III, combien la mortalité est grande dans le premier mois de la naissance.

Pour les enfants élevés au biberon surtout, elle est le triple de celle des enfants au sein.

Tableau I

Mortalité des Nourrissons par rapport aux Saisons



Pendant les deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième mois, elle reste encore très élevée pour s'abaisser d'une façon à peu près régulière, et vers le neuvième mois la courbe de la mortalité se rapproche de celle des enfants au sein, tout en restant cependant plus élevée ; c'est évidemment qu'à cet âge tous les enfants débiles élevés au biberon ont disparu, et ils reste ceux qu'une constitution robuste, et les soins bien entendus, ont pu faire triompher de tous les obstacles et de la nocivité du biberon.

Par rapport au *sexe*, les 4.139 nourrissons comprenaient :

2.139 garçons, soit 51,49 p. 100.

2.008 filles, soit 48,51 p. 100.

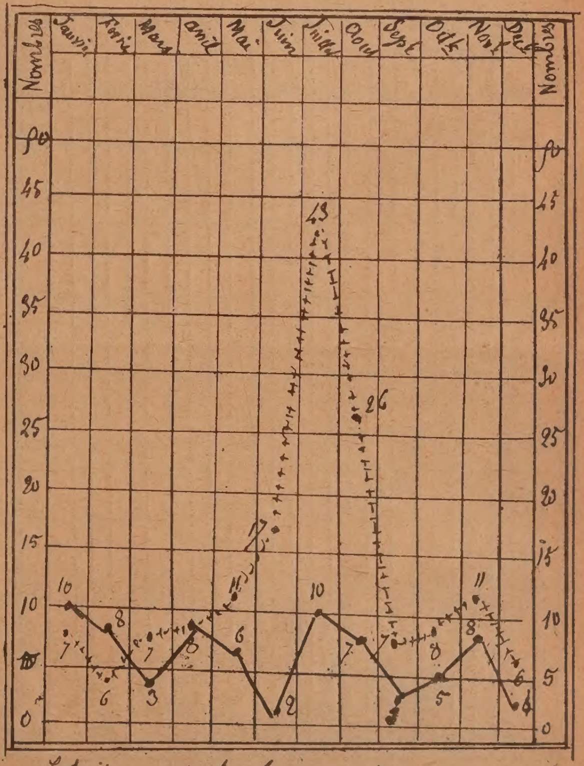
Par rapport à l'*état-civil* :

2.897 enfants légitimes, soit 69,99 p. 100.

1.242 enfants naturels, soit 33,01 p. 100.

Tableau II

Mortalité des Nourrissons par rapport aux Saisons selon qu'ils sont élevés au sein ou au biberon



Le trait —— est relatif aux enfants élevés au sein
Le trait +++ est - - - - - - - biberon

La proportion des enfants naturels est supérieure de 1,36 p. 100 à la proportion correspondante de 1895, et c'est la plus élevée qui ait été constatée depuis 1874, date du fonctionnement de la loi.

Si on compare la mortalité de chaque filiation au nombre des nourrissons appartenant à cette même filiation, on obtient :

5,21 p. 100 de décès pour les enfants légitimes.

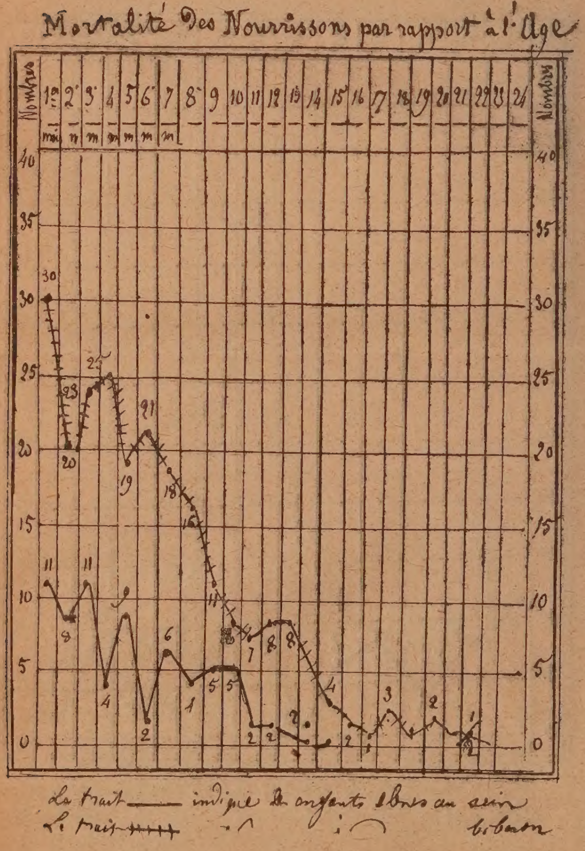
Et 6,33 p. 100 pour les enfants naturels.

On ne s'expliquerait pas pourquoi, dans un même service, les enfants naturels meurent plus que les enfants

légitimes, si on oubliait de faire entrer un facteur important, qui est le prix mensuel payé par les parents à la nourrice. Or, la moyenne du salaire est de 5 francs à peu près supérieure pour les enfants légitimes au prix payé pour les enfants naturels. Or, un enfant est d'autant mieux soigné qu'il rapporte plus de bénéfices. La chose est trop humaine pour qu'il y ait lieu de s'en étonner.

Les réclamations pour non paiement ont été de 1.047 pour 1.043 enfants placés en France, 2 en Alsace-Lorraine, 2 en Belgique. Le montant de ces réclamations s'élève au chiffre de 143.350 fr. 24, avec 26.000 francs de moins que l'année dernière, chiffre énorme si on songe à la situation peu fortunée des nourrices, et au devoir sacré qu'ont les parents de payer la nourrice, sous peine de voir les enfants en souffrir.

Tableau III



En résumé, au moment de la promulgation de la loi Roussel, la mortalité des enfants placés en nourrice dans le département de la Seine était de 33 à 37 p. 100. Elle a baissé à 5 ou 6 p. 100. On peut donc affirmer que, au bout de vingt-cinq ans d'existence, la loi empêche de mourir plus de 25 p. 100 de nourrissons. Comme la moyenne est de 4.000 enfants placés annuellement dans le département, c'est *mille enfants par an au moins que nous arrachons à la mort.*

Ce résultat ira encore en s'améliorant, il faut l'espérer, et c'est bien fait pour qu'on ne regrette pas l'argent que coûte le service.

Crèches.

Les 90 crèches du département de la Seine ont été fréquentées par 8.974 enfants (160 de plus qu'en 1895) qui ont donné 611.024 journées de présence.

La moyenne quotidienne des enfants présents dans les crèches, déduction faite des dimanches et jours fériés, est donc de 1.990 soit 123 de plus qu'en 1895.

On voit combien les crèches rendent de services à la population parisienne, puisque près de 2.000 enfants placés à la crèche permettent à leur mère de travailler au dehors et de gagner leur vie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'affaire Méloche.

Nous avons parlé en son temps de l'affaire du Dr Méloche, de Saint-Nazaire. Notre confrère, appelé par le juge d'instruction de Saint-Nazaire à examiner une veuve Billy, inculpée de suppression d'enfant, avait relevé diverses constatations qui lui faisaient admettre la possibilité d'un accouchement récent. Or, cette femme, incarcérée à la prison de Saint-Nazaire, y accouchait quelques jours après d'un enfant de cinq mois qui ne vécut que quelques minutes.

La veuve Billy, attribuant son arrestation aux déclarations du Dr Méloche, l'avait actionné en dommages-intérêts devant le tribunal de Saint-Nazaire.

Ce tribunal avait accueilli la demande de la veuve Billy et condamné le Dr Méloche à des dommages-intérêts.

Le Dr Méloche forma appel de ce jugement et, par un arrêt tout récent, la Cour d'appel de Rennes, réformant le jugement du tribunal de Saint-Nazaire, a déchargé le Dr Méloche des condamnations prononcées contre lui.

Voilà le texte intégral de cet arrêt :

Attendu que le 18 mars 1896, en la commune de Campbon, le Dr Méloche fut requis par le juge d'instruction près le tribunal de Saint-Nazaire de visiter la veuve Billy, inculpée de suppression d'enfant et de rechercher si cette femme était accouchée récemment d'un enfant vivant, ou si ses parties sexuelles présentaient des traces d'avortement, qu'après avoir rempli cette mission, l'homme de l'art fit connaître au magistrat instructeur qu'il avait découvert des traces récentes d'accouchement, sur la personne de l'inculpée, mais qu'à défaut des instruments nécessaires il y aurait lieu de la soumettre à une visite plus complète, à Saint-Nazaire, et qu'invité à s'expliquer sur le point de savoir si ses constatations offraient des caractères de probabilité sérieux, sa réponse fut affirmative.

Attendu que, le 20 mars, à la maison d'arrêt de Saint-Nazaire, l'appelant visita de nouveau la veuve Billy; qu'il résulte du rapport par lui déposé le 1er avril que les symptômes observés ne lui permettaient pas de dire, d'une façon formelle, que cette femme fût récemment accouchée, mais que ces symptômes constituaient une forte présomption en faveur de l'accouchement, et qu'ils indiquaient, en outre, la nécessité de surveiller leur évolution, pour voir si le lait passerait et si l'utérus suivrait la période de régression ; mais que le 23 mars, le juge d'instruction fut informé

par le gardien-chef de la maison d'arrêt que « ce jour, à 6 heures du matin, la veuve Billy était accouchée d'un petit enfant de cinq mois lequel était mort à 6 h. 30. »

Attendu que le 18 mars, au moment où le Dr Méloche allait procéder à la visite de l'inculpée, celle-ci lui avait déclaré « qu'elle avait eu, le dimanche 15, une forte perte de « sang avec caillots, qu'il n'était rien sorti d'elle qui res- « semblât à un enfant, qu'elle avait toujours eu ses règles, « et qu'elle n'avait point été enceinte. »

Attendu qu'il importe de reproduire textuellement l'exposé des constatations faites aux dates du 18 et du 20.

« La veuve Billy a eu quatre enfants dont le plus jeune est âgé de quatre ans.

« Les seins sont gonflés et fermes, les bouts sont bruns, et les glandules aréolaires saillantes. A la pression des seins il sort un peu de lait blanchâtre ressemblant au lait des premiers jours qui suivent l'accouchement.

« La ligne blanche de l'abdomen est légèrement brunâtre du pubis à l'ombilic. Les parois du ventre sont flasques et relâchées. On constate, au-dessous de l'ombilic, des vergetures nombreuses de coloration un peu violacée, indiquant que le ventre a été soumis récemment à une distention notable.

En palpant longuement le ventre, qui « est flasque mais volumineux, on sent très difficilement le globe utérin. Par le palper abdominal et le toucher vaginal combinés, on sent le fond de l'utérus un peu au-dessous de l'ombilic.

« Par le toucher vaginal, on sent un gros col assez mou à orifice externe largement ouvert, et dont l'orifice interne est un peu fermé On constate des déchirures multiples à droite du col, et une large déchirure à gauche, mais ces déchirures sont anciennes. Il sort encore un peu de sang de l'utérus.

« A notre seconde visite, les symptômes sont à peu près les mêmes, lait dans les seins, vergetures nombreuses et violacées au bas-ventre, parois de l'abdomen flasques et relâchées, fond de l'utérus au-dessous de l'ombilic. Enfin, du 18 au 20, cette femme aurait encore perdu un peu de sang. Du reste, la surface du col et la face interne du vagin sont légèrement sanguinolentes.

« L'absence de déchirure récente du col de l'utérus ou de la fourchette de la vulve ne constitue point une preuve contre un accouchement récent, une femme ayant eu quatre enfants, dont le col a été largement ouvert, et dont le vagin est très dilaté et très dilatable, pouvant parfaitement accoucher, surtout avant terme, sans que de nouvelles déchirures se produisent.

« D'un autre côté, l'auscultation et la palpation du ventre « ne nous ont donné ni les bruits du cœur, ni les mouve- « ments actifs de l'enfant, ni le ballottement. »

Attendu qu'il est de notoriété que le diagnostic est toujours beaucoup plus difficile lorsqu'il s'agit d'une femme multipare que lorsqu'il s'agit d'une primipare et que la Cour ne possède point les éléments d'appréciation nécessaires pour être en mesure d'affirmer, avec une entière certitude, que le Dr Méloche s'est mépris sur la valeur d'un ensemble de signes permettant, ainsi que l'affirment les médecins les plus autorisés, d'avoir des probabilités sérieuses d'accouchement récent et qu'il a fait preuve d'une négligence quasi-délictuelle soit en ne faisant pas usage du sthétoscope pour percevoir les bruits du cœur, soit en ne procédant pas à l'*examen microscopique du sang*.

Attendu qu'étant donné le dire de l'inculpée relatif à la perte de sang avec caillots du 15 mars, il faut reconnaître que la mission confiée au Dr Méloche était particulièrement délicate, et qu'il s'est montré prudent en n'affirmant la réalité d'un accouchement récent ni après la visite du 18, ni après celle du 20.

Attendu, au surplus, qu'avant que l'arrestation de l'inculpée ait été ordonnée, les témoins entendus par la gendarmerie, et sous la foi du serment par le juge d'instruction, avaient déposé de faits ayant une incontestable gravité.

Le grossissement du ventre de la veuve Billy avait été remarqué à ce point que le bruit de sa grossesse s'était répandu dans le pays dès la fin du mois de janvier. Deux jeunes gens affirmaient que, le 18 février dans son auberge, elle avait demandé à l'un d'eux si, avec de la rue, une femme grosse de quatre à cinq mois pouvait se débarrasser. Le 15 mars, dans la soirée, elle avait envoyé un de ses enfants prévenir sa mère, la veuve Caillou, qu'elle était malade. Celle-ci s'était rendue auprès d'elle, l'avait trouvée alitée, avait passé la nuit dans la maison et, le lendemain, vers onze heures et demie, elle avait été vue, au lieu dit la Pilotais, lavant une chemise de femme maculée de sang depuis la ceinture jusqu'au bas et deux jupons ensanglantés.

Attendu que, dans ces circonstances, on ne saurait affirmer que l'opinion émise par le Dr Méloche a été la cause déterminante de l'arrestation de la veuve Billy et faire, en conséquence, supporter par cet honorable expert la responsabilité d'une mesure qui s'imposait à la vigilance des magistrats.

Par ces motifs, la Cour faisant droit à l'appel et réformant, déboute la veuve Billy de toutes ses demandes, fins et conclusions; décharge le Dr Méloche des condamnations contre lui prononcées ; condamne l'intimée aux dépens de 1re instance et d'appel ; ordonne la restitution de l'amende consignée.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Glantenay et Bouglé.

Faculté de médecine de Paris. — Sont nommés chefs de clinique : Médecine, MM. Thiercelin et Kahn, titulaires ; Hulot et Apert, adjoints. — Chirurgie, MM. Banzet, Marion, Delbet, titulaires. — Maladies des enfants, MM. Zuber, titulaire ; Hallé, adjoint. — Clinique obstétricale, M. Chavanne, titulaire. — Maladies syphilitiques, M. Fournier, titulaire. — Ophtalmologie, MM. Terrien, titulaire ; Pley, adjoint.

Congrès international des eaux minérales. — Le 5e Congrès international pour l'étude des eaux potables et minérales, de la climatologie et de la géologie, lequel se tiendra à *Liège, du 25 septembre au 3 octobre* 1898, sous le haut protectorat du Prince héritier de Belgique, sera attrayant par ses débats scientifiques et apportera des contributions bien commentées à des problèmes éminemment pratiques ; il ne sera pas moins utile par les excursions déjà organisées.

Les administrations municipales de Liège, Spa, Aix-la-Chapelle, etc., préparent des fêtes brillantes à leurs hôtes. La ville d'Ostende fera les honneurs de ses côtes maritimes

aux congressistes, et le Comité offre gracieusement le voyage à travers la Belgique à tous les membres étrangers, pour cette excursion. On verra les sanatoria de Middelkerke et de Wenduyne en même temps.

Une carte des régions à visiter sera envoyée à tous les adhérents dès que leurs bulletins parviendront au secrétariat. Ils recevront encore, à leur arrivée, un plan détaillé de Liége, avec notice sur toutes les antiquités et curiosités de la ville éburonne.

Outre les excursions principales, le comité organisera, dans le cas où un nombre suffisant de demandes lui parviendraient, des visites en plusieurs localités intéressantes à différents points de vue, notamment aux grottes célèbres de Han-sur-Lesse, au grand barrage de la Gileppe, à Tongres (fontaine dite de Pline), aux sources de Harre, aux Thermes de Chaudfontaine, à Tilff, etc.

Tous les voyages en chemin de fer se feront avec une réduction de 50 p. 100 sur les prix ordinaires.

On sait déjà, par les circulaires antérieures du Comité organisateur, que toutes les grandes *Compagnies Françaises* du nord au midi, et le *Gouvernement italien* ont accordé une réduction de 50 p. 100 aux personnes qui se rendront au Congrès et seront munies de cartes spéciales. Le Comité attend la réponse des autres gouvernements.

Les rapports préliminaires, dûs à des savants belges et étrangers, la liste des communications annoncées, les renseignements divers, les bulletins de souscription, etc., seront envoyés à quiconque en fera la demande au *Secrétaire général*, D^r^ *Jorissenne, boulevard de la Sauvenière, 130, à Liège.*

Les questions sur lesquelles des rapports sont préparés ont trait, en général, aux matières suivantes :

1° *En Hydrologie* :

Les systèmes de captage, avec leurs perfectionnements, les procédés de recherches, la protection légale, la classification, l'histoire des eaux thermo-minérales.

Les microorganismes dans les eaux de boisson, leur stérilisation par l'ozone. Le rôle dynamique de l'eau dans la nutrition. La théorie de l'action hémostatique de l'eau chaude.

Les gaz et les vapeurs qui se dégagent des eaux minérales et leurs transformations.

Les applications thérapeutiques de diverses sources minérales, notamment des eaux sulfureuses de Budapest, d'Aix-la-Chapelle, d'Ax, des Eaux-Bonnes, de Luchon, de Cauterets, visant particulièrement la syphilis et les affections pulmonaires ; des boues de St-Amand et de Spa ; des eaux de Lamalou dans le tabes dorsalis ; de Contrexéville dans le diabète ; de Vittel dans la lithiase biliaire, etc.

Quelques études scientiques sur plusieurs eaux, de Spa, Cauterets, Mont-Dore, Eaux-Bonnes. La terminologie hydrologique. L'enseignement de l'hydrothérapie.

L'hydrologie et le physiologisme du cœur dans les affections pulmonaires. Les effets de l'acide carbonique.

L'hygiène et la thérapeutique auxiliaire d'une cure hydrominérale.

Les moyens pratiques de faciliter les cures hydrominérales au plus grand nombre.

2° *En climatologie* :

La répartition de l'eau dans l'air et le sol des hautes régions du globe au point de vue climatologique ; les climats de montagnes ; l'utilisation des observations hygrométriques ; quelques stations d'altitude, etc.

L'observation journalière des radiations solaires, son utilité ; les heures de soleil au point de vue hygiénique ; l'enregistrement de la luminosité ; l'emploi de nouveaux photomètres.

La température, détermination de la température journalière de l'air ; ses variations sous le rapport de l'établissement des sanatoria ; la température moyenne d'une source et de l'air à Spa, etc.

Le temps et la maladie.

La substitution nécessaire de la méthode analytique à la méthode synthétique en climatologie médicale.

Les recherches ozonométriques dans l'air. Le grisou ; ses relations avec les bruits marins (mistpoeffers) et avec les dépressions barométriques.

Le littoral belge, sa topographie médicale, ses conditions sanitaires. La cure du trachome et des affections scrofuleuses sur les côtes belges.

L'institution de sanatoria et de stations climatériques à bon marché.

3° *En géologie* :

La circulation des eaux dans les calcaires compactes.

Les qualités et les défauts des eaux artésiennes en relation avec leur origine géologique.

L'exploitation des mines en Belgique au point de vue de la vie et de la santé des ouvriers qui y sont employés. La lutte contre le grisou, etc.

Les communications se feront en français, allemand, anglais et néerlandais.

Nécrologie. — Le D^r^ Hugot, de Laon, chirurgien de l'hôpital, médecin du collège et du chemin de fer du Nord. — Le D^r^ Dugué de Bernonville de Cherbourg. — Le D^r^ Poussié, d'Anzain (Loir-et-Cher). — Le D^r^ Berny de Molitg (Pyrénées-Orientales) reçu en 1878. — Le D^r^ Hermand de Templeuve (Nord). — Le D^r^ Tahier de Ploubalay (Côtes-du-Nord). — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort du D^r^ Victor Michaux, chirurgien honoraire des hôpitaux civils de Metz, décédé brusquement le 29 juin à l'âge de 70 ans. Le D^r^ V. Michaux était, par la haute dignité de sa vie et par sa parfaite correction, digne d'être montré en exemple aux jeunes générations médicales, et nous envoyons à son fils, le D^r^ Paul Michaux, chirurgien des hôpitaux de Paris, l'expression de nos plus sympathiques regrets.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les actualités médicales : **La Grippe**, par L. Galliard, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, 1898, 1 vol. in-16 carré, 100 pages, 7 figures. cart. Prix : 1 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes, Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

MÉNOPAUSE, — MENSTRUATION (Troubles de la). — **Capsules ovariques Vigier.** — *Dose* : 2 à 6 capsules par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*